Aus der chirurgischen Universitätsklinik der Charité zu Berlin
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hildebrand)

Ein Beitrag zum Caput ostipum congenitum

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

Von

Hildegard Engel
aus Plottnitz (Schlesien)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Tag der Promotion: 11. November 1921

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstr. 29.

343

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin
Dekan: Prof. Dr. **Bonhoeffer**
Referenten: Prof. Dr. **Köhler.**
Prof. Dr. **Hildebrand.**

In dieser Arbeit befasse ich mich mit dem Caput obstipum congenitum, das eine ziemlich häufige Erkrankung ist. In zwei Jahren wurden in der orthopädischen Abteilung der chirurgischen Poliklinik des Charité-Krankenhauses 42 Fälle beobachtet, von denen 27 zur Operation kamen.

Ueber die Aetiologie des Caput obstipum cong. sind die verschiedensten Ansichten in der Literatur zu finden. Sie lassen sich vielleicht im Großen in 3 Gruppen unterbringen: die traumatische, die mechanische und die infectiöse Aetiologie.

Ueber die Aetiologie der von mir nachuntersuchten 17 Fälle läßt sich leider nicht mit hinlänglicher Genauigkeit berichten, da die Angaben über die Art der Geburt und die Zeit des Auftretens des Schiefhalses sehr ungenau gemacht wurden. Es befanden sich darunter: 6 Steißgeburten, eine Querlage und zwei Zangenentbindungen. Die 8 übrigen Fälle sind angeblich normale z. T. schwere Geburten gewesen. Ueber die Menge des Fruchtwassers konnte ich keine Angaben erhalten. Bei 8 Fällen handelte es sich um das erste Kind; ein familiäres Auftreten ist bei keinem festgestellt worden. Ueber die Zeit, wann die ersten Zeichen eines Caput obstipum aufgetreten sind, erhalte ich folgende Angaben: Bei 8 Kindern wurde bereits bald nach der Geburt die schiefe Haltung des Kopfes bemerkt, bei 9 erst später und zwar bei einem Kind nach einem halben Jahr, bei einem anderen erst nach 8 Jahren. Bei den anderen Kindern war die Schiefhaltung erst allmählich aufgetreten, so daß die Mütter keine genauen Angaben machen konnten.

Die sekundären Veränderungen beim Schiefhals zeigen sich besonders an der Wirbelsäule und am Schädel. Unter den hier beobachteten 17 Fällen befanden sich 6 noch mit einer Cervicalskoliose, einer mit einer rechten Cervical- und rechtsconvexen Brustskoliose und zwei Fälle mit linksseitigem Schiefhals mit rechtsconvexer Dorsalskoliose. Bei den übrigen 8 Fällen war von einer Konfiguration der Wirbelsäule nichts mehr zu bemerken. Bei den 9 Fällen, bei denen noch eine Wirbelsäulenveränderung besteht, sind einer im September 1919 im Alter von 6 Jahren, zwei im Oktober 1919 im Alter von 2½ und 11 Jahren, einer im

Januar 1920 im Alter von 6 Jahren, einer im April 1920 im Alter von 13 Jahren, einer im Juni 1920 im Alter von 6 Jahren, einer im August 1920 im Alter von 8 Jahren und zwei im September 1920 im Alter von 6 und 11 Jahren operiert worden. Da aber erst eine verhältnismäßig kurze Zeit bei diesen Fällen nach der Operation verstrichen ist, kann man wohl noch mit einer weiteren Ausgleichung der Skoliosen rechnen.

Eine Gesichtsasymetrie fand sich noch bei 13 Fällen. Bei 10 Fällen war sie sehr gering und nicht meßbar, bei 3 Patienten bedeutender.

Bei der Behandlung des Caput obstipum kommt entweder eine Apparatenbehandlung oder eine Operation in Frage.

Schiefhalsoperationen und Modificationen dieser sind in Menge angegeben worden. Eine sehr alte Operation ist die subkutane Tenotomie. Der subkutanen Tenotomie steht die offene Durchschneidung gegenüber. Sie ist von vielen Autoren ausgeführt und beschrieben worden. Die Modifikationen beziehen sich im wesentlichen auf die Schnittführung. 1895 wurde von Mikulicz die Exstirpation des Sternocleidomastoideus eingeführt. Er macht einen 3—4 cm langen Längsschnitt zwischen der clavicularen und sternalen Portion des Muskels und trennt von diesem aus durch Verschiebung der Haut beide Ansätze vom Knochen ab. Dann wird der Muskel nach oben gezogen, und der Kopf nach der kranken Seite gebeugt, so daß man den Muskel bis nahe an den Warzenfortsatz loslösen kann, ohne den Hautschnitt zu vergrößern. Hier wird der Muskel unter Schonung des Accessorius durchschnitten. Von Professor Glaeßner wurden die von mir nachuntersuchten Fälle ebenfalls nach von Mikulicz operiert, und zwar wurde der Sternocleidomastoideus nicht völlig extirpiert, sondern nur ein Stück von 1—1½ cm entfernt, alle spannenden Stränge bis zur Gefäßscheide hin durchtrennt, und diese bei starker Verkürzung ebenfalls entfernt. Die Wunde wurde völlig geschlossen und mit einem aseptischen Verband bedeckt. Noch in Narkose wurde nun an Kopf-, Stirn- und oberen Brustteil ein Gipsverband angelegt, der den Kopf so fixierte, daß er nach der gesunden Seite geneigt und nach der kranken Seite gedreht war. Der Verband blieb bis zu 6 Wochen liegen. Am 10. Tage wurden die Fäden durch ein Fenster entfernt. Bei allen Kindern ist eine völlige Gradhaltung des Kopfes erreicht worden. Die Narben sind durchweg glatt und wirken nicht entstellend. Nur bei einem Fall ist die Narbe mit der Unterlage verwachsen und es hat sich ein geringes Narbenkelloid gebildet. Das Halsrelief ist nicht merklich verändert, bei 3 Fällen besteht eine stärkere Abflachung der erkrankten Seite. Ueber die Schädelasymmetrien und Skoliosen habe ich weiter oben schon berichtet. Von 15 Fällen sind nur 5, und zwar Kinder im Alter von 5, 9 und 11 Jahren mit Uebungen, Massage und Turnen nachbehandelt

worden. Die Beweglichkeit des Kopfes ist in keinem Falle eingeschränkt, die Drehung ist bis zur Parallelen mit der Schulter, die seitliche Neigung bis zur Berührung mit der Schulter ausführbar. Ein Recidiv ist bei keinem der Patienten aufgetreten. Die Resultate dieser Operationen darf man wohl als gute bezeichnen, wobei man noch besonders auf die kurze Behandlungsdauer hinweisen muß, die diese Methode den anderen Operationsmethoden voraus hat, da fast gar keine Nachbehandlung notwendig ist, und gerade diese bei längerer Dauer häufig auf Schwierigkeiten stößt.

Zum Schluß möchte ich noch Herrn Professor Dr. Glaeßner für die Anregung zu dieser Arbeit, die Ueberlassung des Materials und seine freundliche Unterstützung meinen verbindlichsten Dank aussprechen.